Suppl. 60,178/e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 211.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 23 *août* 1842,

Par ALEXIS GABET,

né à Vernantois (Jura).

I. — Quelle est la valeur des signes fournis par l'état de la voûte palatine, de la luette et des piliers du voile du palais?

II. — Déterminer si les différentes espèces de cancer du sein présentent des variétés sous le rapport des symptômes. Est-il toujours possible de diagnostiquer un cancer de la mamelle?

III. — Des nerfs des muscles qui meuvent l'humérus sur l'omoplate.

IV. — Quelles sont les préparations pharmacologiques dont la magnésie et le carbonate de magnésie sont la base? Décrire ces préparations.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1842

1842. — *Gabet.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD aîné.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL, Examinateur.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. A. BÉRARD, Président.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.	MM. LEGROUX.
BAUDRIMONT.	LENOIR.
CAZENAVE.	MAISSIAT.
CHASSAIGNAC.	MALGAIGNE.
COMBETTE.	MARTINS.
DENONVILLIERS.	MIALHE.
J. V. GERDY.	MONNERET.
GOURAUD, Examinateur.	NÉLATON.
HUGUIER.	NONAT, Examinateur.
LARREY.	SESTIER.

Par délibération du 9 decembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

ET

A MA SŒUR.

Reconnaissance et amitié.

A. GABET.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Quelle est la valeur des signes fournis par l'état de la voûte palatine, de la luette et des piliers du voile du palais?

Pour déterminer d'une manière rationnelle la valeur des signes fournis par l'état de la voûte palatine, de la luette et des piliers du voile du palais, je commencerai par passer en revue, une à une, les altérations dont ces diverses parties peuvent être le siége, en jetant un coup d'œil rapide sur les affections qui les engendrent, afin d'examiner ensuite la valeur de chaque signe en particulier, et relativement aux circonstances au milieu desquelles ils se présentent. Pour mettre plus de régularité dans l'exposition du sujet, je formerai plusieurs groupes qui comprendront : les vices de conformation, les inflammations et leurs diverses formes, les ulcérations, les tumeurs et dégénérescences.

1. Dans les vices de conformation, on trouve une division plus ou moins étendue de la partie supérieure de la cavité buccale, qui peut n'offrir qu'un simple écartement des deux pièces de la luette, son absence même, ou une division complète du voile du palais, laquelle peut coïncider avec l'écartement des os maxillaires et la division congénitale de la lèvre supérieure. Quand le voile du palais est seul divisé,

la contraction des péristaphylins externes, tendant à porter sur les côtés du pharynx les bords de la division, lui donne une forme triangulaire, à sommet en avant; quelquefois même il semble qu'il existe une perte de substance considérable; mais dans le repos et le calme, les muscles étant dans le relâchement, les bords se rapprochent et peuvent même se toucher. C'est alors qu'il est possible d'évaluer le degré plus ou moins considérable de l'écartement, et de juger son caractère. Dans le cas où la division est complète, les bords se rapprochent du parallélisme.

Mais on peut rencontrer le voile intact avec un écartement plus ou moins considérable des maxillaires. C'est ce qui arrive dans certains cas de bec-de-lièvre. On voit, en effet, un sillon qui, partant de la division de la lèvre, parcourt toute la longueur du palais jusqu'au commencement du voile A la partie antérieure, la division peut être médiane ou latérale, simple ou double; mais à la partie postérieure, elle est toujours unique et médiane. Enfin, dans des cas plus rares, on a vu manquer toute la voûte palatine, le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Les lésions physiologiques qui résultent de pareilles difformités varient suivant le siége et l'étendue de la division. Ainsi, impossibilité plus ou moins grande dans la déglutition des liquides, variant suivant les positions; impossibilité d'accumuler l'air dans la bouche; passage des matières des vomissements par le nez; empêchement de l'action de sucer, de teter, etc. Ici, le genre d'altération qui nous occupe est essentiellement local et constitue à lui seul le caractère et la nature du vice de conformation. A la naissance, la luette peut manquer, sans que pour cela la déglutition et la parole en soient influencées dans leurs fonctions; le voile semble alors s'allonger pour la remplacer.

2. L'inflammation qui affecte ces parties peut revêtir différents caractères, suivant la nature des affections dont elle fait partie: elle peut être limitée, ou se confond avec celle des régions voisines avec laquelle elle ne forme qu'une seule et même maladie, comme dans l'amygdalite, l'angine pharyngienne, l'angine générale qui occupe

toute la partie supérieure du tube digestif. Dans l'angine simple, la gêne de la déglutition, le changement de la voix, annoncent le début de la maladie. Si l'on examine la membrane muqueuse, on la trouve rouge, phlogosée, sèche, d'un aspect luisant, avec un gonflement à peu près uniforme partout, si ce n'est au voile du palais et à la luette qui paraît plus grosse, plus allongée; quelquefois même elle descend jusque sur la base de la langue, où elle provoque un chatouillement incommode. Dans certains cas, où il y a en même temps gonflement considérable des amygdales, les piliers sont comme dédoublés et appliqués sur elles, et la luette peut être resserrée entre les deux saillies qu'elles forment. Elle devient alors le siége d'une infiltration séreuse, de sorte que sa partie inférieure est œdématiée, et sa pointe ou sommet présente parfois une petite tumeur transparente, qui proémine et ressemble assez à un grain de raisin blanc pris entre les amygdales. D'autres fois elle est cachée derrière les tonsilles, ou si l'engorgement n'existe que d'un côté, l'amygdale, agissant mécaniquement, la pousse du côté opposé. Du reste, l'infiltration de la luette n'est pas rare dans l'inflammation simple. C'est dans l'angine gutturale, bien plus que dans la pharyngienne, que l'on trouve le voile du palais et les tonsilles recouverts d'un mucus filant; et des taches grisâtres, parsemées de concrétions blanches et sébacées, que les malades rendent par petits pelotons durcis mêlés de sang, lorsque la respiration, se faisant par la bouche, a desséché le produit de la sécrétion muqueuse. Cette inflammation simple précède ordinairement toutes les autres formes d'angines idiopathiques ou symptomatiques, et les hypertrophies, les abcès, les engorgements chroniques du voile du palais et de la luette.

Mais l'angine peut offrir diverses variétés: ainsi, la forme catarrhale se distingue par l'augmentation exagérée de l'exhalation muqueuse; les parties qu'elle occupe semblent plutôt tuméfiées que rouges; en même temps il s'en écoule un liquide séro-muqueux abondant. L'infiltration œdémateuse caractérise l'angine de ce nom. Je placerai ici l'affection connue sous le nom de *chute* ou *procidence de la luette,* dans laquelle

la luette n'offre qu'une simple augmentation de volume, ou bien elle est allongée, amincie, présentant à sa partie inférieure un renflement séreux et transparent; mais c'est un engorgement passif qui en forme le caractère. La luette ainsi allongée s'applique sur la langue, qu'elle irrite par son contact. Le même effet se produit lorsqu'elle atteint l'œsophage et le larynx, d'où résultent des accidents qui pourraient en imposer pour une affection grave. Enfin, la coïncidence du resserrement spasmodique des piliers ou du pharynx forment l'angine spasmodique. Plus tard, dans l'angine symptomatique, nous verrons les caractères spéciaux qu'elle présente suivant les affections qui les engendrent. La maladie est, en général, peu grave; cependant, après l'incision des amygdales ou l'ablation de tumeurs du cou, on a vu le voile du palais, l'isthme et le pharynx être le siége d'une inflammation avec gonflement tellement considérable, que les malades étaient menacés de suffocation. La même chose arrive lorsque les amygdales sont énormément tuméfiées.

L'angine pseudomembraneuse débute le plus souvent par un sentiment de chaleur, d'incommodité légère, de cuisson dans l'arrière-gorge; la déglutition est un peu gênée, et si l'on examine la muqueuse, on trouve à l'isthme du gosier seulement un peu de rougeur et de sécheresse. Quelques jours après on voit paraître sur les amygdales, les piliers et la luette, de petites plaques irrégulièrement circonscrites, lisses, luisantes, blanches ou jaunâtres, d'un aspect lardacé. Elles paraissent plus épaisses au centre qui semble faire saillie, qu'à la circonférence qui se confond avec la muqueuse. En même temps les ganglions sous-maxillaires se gonflent, s'enflamment, et la fièvre s'allume. Bientôt les plaques s'étendent, s'agrandissent, et envahissent toutes les fosses gutturales, le voile du palais et la luette. Cet envahissement est plus ou moins rapide, ordinairement il se fait d'une manière irrégulière; cependant quelquefois il est complet, et l'exsudation ne forme qu'une seule membrane. Le plus souvent il est partiel et plus prononcé d'un côté que de l'autre. La luette peut n'être affectée que d'un côté, et alors elle est recourbée et semble faire crochet du côté malade; ou

bien elle est envahie en entier, entourée par la fausse membrane, comme par un doigt de gant, ce qui la fait paraître gonflée, œdémateuse. Après l'extension, les plaques se circonscrivent d'un cercle rouge, puis elles se boursouflent, se détachent par lambeaux et tombent. La muqueuse laisse alors échapper un fluide séro-sanguin, filant et fétide; d'autres fois les plaques tombent en une sorte de *deliquium* expulsé avec des fragments de fausses membranes. Enfin, elles peuvent adhérer fortement au corps muqueux, sont résorbées couche par couche, et disparaissent. A ces signes locaux se joignent des symptômes généraux, et les phénomènes dépendants des lésions sympathiques ou directes des organes voisins; car la diphthérite jouit de la funeste prérogative de se propager. Ainsi, pâleur et bouffissure de la face, fièvre; si la maladie s'est étendue dans le larynx, de la toux avec le caractère croupal, la suffocation, respiration sifflante; des nausées, des vomissements, une diarrhée fétide, s'il y a envahissement du tube intestinal. Dans l'angine couenneuse commune, la déglutition est moins difficile; les plaques plus nettement circonscrites et n'ayant pas de tendance à se propager, la réaction inflammatoire est plus vive et les ganglions moins engorgés. L'angine couenneuse mercurielle est toujours chronique et correspond à cet état particulier que produisent les préparations hydrargyriques; d'ailleurs on la rencontre avec des ulcérations rongeantes du voile du palais, des gencives, et l'ébranlement des dents; dans l'angine pseudomembraneuse, après la chute des plaques, il se présente un état particulier que nous examinerons avec les ulcères.

On voit ici, dans l'ensemble des phénomènes locaux par lesquels se traduit l'angine, des caractères qui peuvent faire juger assez nettement la nature de la maladie comme affection idiopathique locale. Cependant, chez les enfants, il existe, après la naissance, un état de congestion de l'isthme du gosier et du voile, qui a la plus grande ressemblance avec la rougeur inflammatoire : mais on pourra toujours reconnaître cette dernière, lorsqu'elle persiste au delà du douzième au

quinzième jour; lorsqu'au lieu d'être uniformément répandue, elle tend à la localisation ; lorsqu'elle est accompagnée d'un mouvement fébrile. La maladie étant toute locale, l'exploration facile des parties qui en sont le siége, et qui sont accessibles à l'œil, permet d'apprécier, avec toute l'exactitude possible, la nature de chacun des phénomènes, leur succession et la marche de l'affection ; mais si elle s'est étendue aux organes voisins, il est indispensable alors d'avoir recours aux phénomènes généraux qui dépendent des lésions des organes affectés.

L'angine, prise en elle-même, peut être symptomatique, et alors revêtir différents caractères particuliers : quand elle alterne avec des douleurs rhumatismales ou goutteuses, ou qu'elle leur succède, elle diffère peu du type ordinaire, surtout au début; seulement on trouve la rougeur un peu plus marquée vers le bord du voile du palais et sans tuméfaction remarquable; mais la douleur est très-vive; et, du côté où elle se manifeste surtout, on trouve assez souvent l'amygdale parsemée superficiellement de petites pustules blanches et brillantes. Ces pustules s'agglomèrent, forment de petits abcès dont la rupture soulage beaucoup le malade (J. Franck). Dans le cas de luxation des vertèbres, ou d'embarras, d'inflammations gastriques, la rougeur de la gorge est universelle, et elle est accompagnée d'une douleur plus considérable que le degré d'inflammation ne l'indiquerait. Mais ici le caractère de l'angine est mieux décelé par l'existence de ces affections que par les signes qui lui sont propres. Chez les sujets affectés de scorbut, il y a une espèce d'angine qui envahit le palais, la luette et les amygdales. Elle débute par un peu de fièvre, qui bientôt disparaît; puis la gorge devient douloureuse dans quelques points, et l'examen des parties laisse voir une tache blanche, dont les pourtours sont fort rouges et très-douloureux; il y a un peu de tuméfaction ; la tache s'étend; la bouche exhale une odeur putride, et laisse transsuder un sang noir, diffluent; les parties affectées sont souvent rongées profondément.

Dans les affections exanthémateuses, l'angine mérite surtout de fixer l'attention des praticiens. Dans la scarlatine, elle forme ordinairement

un des principaux signes de l'invasion de la maladie : en même temps elle revêt un caractère spécial de rougeur framboisée, répandue sur tout le reste du corps dans le cours de l'affection. Cependant, au début, il ne faut pas lui accorder une trop grande valeur : cette rougeur particulière n'apparaît qu'après l'éruption cutanée, ou simultanément avec elle ; et dans la rougeole on trouve aussi une inflammation plus ou moins intense au début, qui pourrait en imposer, malgré la prédominance signalée des phénomènes qui se manifestent du côté des voies lacrymales et des fosses nasales. D'ailleurs, chez les enfants, l'angine véritable est une des complications les plus fréquentes de la rougeole ; et, dans la scarlatine, le larmoiement et le coryza sont presque toujours plus ou moins marqués. Aussi, pour arriver à la connaissance de la maladie, faut-il avoir recours à la nature même de l'éruption, à sa marche, à son mode d'invasion. Dans la rougeole, l'éruption cutanée est précédée de l'apparition de petites taches rouges sur le voile du palais et la luette, ce qui n'arrive pas dans la scarlatine ; et, dans cette dernière, les phénomènes précurseurs semblent aussi se localiser plutôt sur les amygdales et le pharynx. Mais l'éruption elle-même peut manquer, ou disparaître, ou se présenter à une époque où il est difficile de déterminer son caractère : c'est ce qui arrive dans les épidémies de scarlatine angineuse, et quelquefois dans la scarlatine simple. Voyons le rôle que joue ici l'angine. Elle peut être simple ou pseudomembraneuse, et dans ce cas, après une tuméfaction considérable et la rougeur framboisée qui la caractérise, on voit se former une exsudation molle, d'un blanc de lait, qui envahit simultanément toutes les parties, sans se propager jamais au larynx. Ces plaques suivent leur marche ordinaire : seulement elles persistent plus longtemps et disparaissent avec lenteur. Mais il est une forme plus grave, dans laquelle, après des phénomènes précurseurs beaucoup plus marqués, les piliers, le voile du palais et le pharynx se couvrent d'une exsudation épaisse, visqueuse, de matière assez semblable à celle de la diphthérite, quelquefois teinte en brun ou en noir par une exsudation sanguine de la muqueuse, boursouflée, exhalant

une odeur fétide et repoussante. Cette forme coïncide avec un ensemble de phénomènes généraux très-graves, et dans ce cas souvent l'éruption est irrégulière, inégale, ou n'existe pas du tout. C'est l'angine gangréneuse de quelques auteurs. Comment la distinguer de la diphthérite? Voici ce que dit M. Bretonneau : « Dans l'angine scarlatineuse, la muqueuse des tonsilles est recouverte plutôt d'une exsudation couenneuse que d'une véritable fausse membrane, et cette exsudation ne prend pas l'aspect lichenoïde, ni la cohérence qui distingue la pellicule diphthéritique. Dans l'angine scarlatineuse, la maladie ne débute pas par un point circonscrit : les fosses nasales, les amygdales et le pharynx sont envahis d'emblée. Enfin il n'y a pas de tendance à la propagation aux voies aériennes; si la maladie est mortelle, ce n'est point par le fait de l'angine. Jamais, dans les descriptions d'épidémies de scarlatine, on ne voit mentionnée la suffocation striduleuse. » Suivant cet auteur, l'angine n'est que pseudomembraneuse, et, à la chute des plaques, jamais on ne trouve la muqueuse ulcérée. Dans tous ces cas, l'angine apparaît au milieu d'un appareil de phénomènes qui lui donnent une grande valeur; ce sont ceux qui précèdent les affections exanthémateuses : frissons, nausées, courbature, abattement, etc. Dans la variole simple, on observe toujours une certaine phlogose du côté de l'isthme, accompagnée de difficulté dans la déglutition; mais, dans la variole confluente ou maligne, l'exanthème ne se borne point à l'extérieur : il se propage sur les parois internes de la bouche, au palais, au pharynx, aux voies aériennes. La membrane muqueuse est d'un rouge vif, et quelquefois on trouve des exsudations pseudomembraneuses grises; on y trouve aussi de petites ecchymoses. Dans les éruptions aphtheuses, on voit se manifester, sur les parties qui en sont le siége, de petits points rouges, saillants, durs, douloureux, formés par le gonflement inflammatoire des follicules mucipares de la muqueuse. Ces points ne tardent pas à blanchir à leur sommet, tout en conservant la rougeur et la dureté à la base; c'est la période vésiculeuse qui précède l'ulcère.

La voûte palatine, la luette et les piliers du voile du palais, peuvent

être, comme toute la surface de la peau et les portions les plus extérieures des muqueuses, le siége des diverses formes de syphilides qui caractérisent les accidents secondaires, dans le cas d'infection générale.

Ici l'affection peut se présenter seule, ou concomitamment avec les syphilides cutanées, ou les affections des parties profondes qui caractérisent les accidents tertiaires. La forme que l'on rencontre le plus communément est l'exanthémateuse. Après un temps plus ou moins éloigné des accidents primitifs, la partie supérieure de la bouche devient le siége d'un sentiment de gêne, de sécheresse, quelquefois de douleurs persistantes, avec exacerbation, surtout pendant la nuit; puis la muqueuse prend une teinte spéciale, cuivrée, couverte d'un mucus filant. Tantôt cette teinte est uniformément répandue, tantôt elle se présente par taches circulaires, ou par plaques petites, isolées, groupées ensemble circulairement, d'une teinte rouge d'abord, qui passe ensuite à la couleur cuivrée caractéristique. Cette couleur n'existe pas toujours, et, chez les vieillards et les sujets cachectiques, on trouve des macules d'une teinte brunâtre ou noires, qui ne disparaissent qu'imparfaitement sous le doigt; mais c'est principalement au front et au visage qu'on les rencontre. Enfin, dans quelques cas, on ne trouve que la rougeur simple, uniformément répandue, ou présentant des plaques isolées ou réunies, formées d'une tache unique ou d'une multitude de petits points. Ici, le diagnostic offrirait une difficulté insurmontable, si ces altérations n'étaient accompagnées d'autres phénomènes caractéristiques, comme des tubercules, des squames, des ulcères. On sait, du reste, que les syphilides ont une marche lente et chronique; leur durée est longue; il n'y a que peu ou point de gêne dans la déglutition, et rarement du gonflement dans les amygdales, à moins que cela ne tienne à une cause autre que la syphilis. On trouve, il est vrai, quelquefois les tonsilles un peu tuméfiées dans ces angines chroniques qui constituent un des phénomènes les plus fréquents de la syphilis constitutionnelle, coïncidant avec une rougeur uniforme de la partie postérieure du pharynx : mais ici, la marche chronique, le

défaut de douleur, le peu de gonflement des amygdales, établissent la différence avec l'angine inflammatoire. Du reste, l'angine, dans ces cas, peut être considérée sous deux points de vue : comme effet d'une affection générale, ou comme effet d'angines survenues fortuitement chez un sujet infecté. On voit aussi la rougeur inflammatoire être suivie de la teinte cuivrée ; mais elle persiste souvent seule, même dans des cas d'infection très-ancienne. La syphilide exanthémateuse précède souvent les accidents tertiaires et l'apparition du chancre. Les autres formes se présentent avec les mêmes phénomènes caractéristiques que sur les autres parties du corps, et sont toujours, comme elles, des signes d'une affection secondaire. Ce n'est que lorsqu'elles existent avec une affection des os ou des parties profondes, qu'on est en droit d'accuser un degré plus avancé de la maladie. Il faut cependant signaler l'état particulier sous lequel se présentent les papules de la gorge: elles sont le siége de démangeaisons, de douleurs véritables, qu'on ne rencontre guère ailleurs, et elles sont plus volumineuses, plus saillantes, plus rouges, plus enflammées, outre que leur groupement altère leur forme véritable, qu'altère encore leur situation.

Dans le croup vrai, l'examen de la gorge laisse voir les piliers rouges, enflammés, couverts de petits points blancs ou de véritables fausses membranes. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés; il y a de la fièvre, de l'agitation; une altération particulière de la voix, avec tendance au sommeil, toux particulière, suffocation imminente, respiration sibilante, sonore. Cet état pourrait facilement être confondu avec l'angine pseudomembraneuse qui s'est étendue au larynx, et cependant le point de départ est aux voies aériennes. Ici la marche de la maladie, la succession des phénomènes qui se sont manifestés à la gorge d'abord ou au larynx, éclaireront assez sur le point de départ de l'affection. Du reste, le plus souvent le croup résulte de l'extension d'une angine. La présence des fausses membranes sera d'un grand secours pour ne pas confondre le croup avec la laryngite striduleuse; dans cette dernière, en effet, on ne trouve jamais les fausses membranes qui forment toute la série des accidents dans le croup.

Quant aux affections diverses qui ont leur siége sur la muqueuse de la bouche, elles s'étendent toujours plus ou moins du côté de la voûte palatine et de l'isthme du gosier. Elles peuvent être concomitantes d'affections des parties voisines, comme le larynx, les amygdales, le pharynx, ou symptomatiques de phlegmasies de l'estomac et du tube intestinal. Dans ce cas, la valeur des signes est à peu près la même que pour l'angine. Dans la stomatite idiopathique, c'est surtout la face interne des joues et les gencives qui sont le siége de l'affection; les parties qui nous occupent ne jouent qu'un rôle secondaire; mais, par cela même qu'elles sont susceptibles d'offrir certains états particuliers qu'on pourrait confondre avec d'autres affections, je mentionnerai ici les formes principales sous lesquelles elles se présentent, soit comme faisant partie d'affections propres, soit comme précédant d'autres phénomènes offrant plus ou moins de ressemblance avec des affections de nature différente, comme nous le verrons pour l'ulcère.

Dans la stomatite érythémateuse simple, la chaleur, le gonflement, la douleur et la rougeur, caractérisent assez la nature de l'affection. C'est elle qui précède toutes les autres formes et les altérations diverses résultant de l'inflammation du tissu cellulaire sous-muqueux. Quand elle revêt le caractère pseudomembraneux, après les phénomènes précurseurs, on voit paraître de petites taches grisâtres, oblongues, ou irrégulièrement arrondies; en même temps les ganglions se gonflent, s'enflamment, les plaques s'étendent, deviennent grisâtres ou noires, se circonscrivent d'un cercle rouge en forme de bourrelet saillant; les gencives sont gonflées, saignantes, et les phénomènes généraux très-marqués. La forme ulcéreuse n'offre de remarquable que l'état de rougeur piqueté ou par plaques, que présente la muqueuse; dans le scorbut, la muqueuse est rouge, gonflée, saignante; nous avons passé en revue ses principaux phénomènes, je n'y reviendrai pas.

Le muguet, dans la majorité des cas, est précédé de prodromes. Ils

consistent en un érythème plus ou moins étendu aux fesses et à la partie postérieure des cuisses, avec diarrhée et accélération du pouls. Puis on voit apparaître du côté de la bouche de petits points rouge-vif, avec tuméfaction des pupilles de l'extrémité de la langue; la rougeur s'étend ensuite. Quelquefois on trouve une ulcération de la voûte palatine, de la chaleur et une sensibilité insolite dans ces parties. Enfin, on voit apparaître de petits points blancs, lactescents, ou d'un blanc mat luisant, qui persistent ainsi pendant tout le cours de la maladie, se réunissent et forment des plaques caséeuses ou crémeuses, s'étendent au voile et à la luette, et adhèrent en grande quantité à la partie antérieure des piliers, et dans l'angle de la mâchoire.

On voit aussi les plaques se réunir, et l'on dirait que la bouche entière est couverte d'une légère couche de lait. C'est alors que la chaleur augmente. les phénomènes précurseurs persistent avec une intensité remarquable, pendant que la maladie marche; puis le ventre se météorise; il y a des vomissements bileux ou muqueux, verdâtres, et les malades tombent dans le marasme. Si la maladie s'amende, les ulcérations se couvrent de croûtes brunes, l'érythème est moins vif. Le diagnostic est, en général, facile dans ce cas, l'éruption aphtheuse confluente est la seule affection avec laquelle on pourrait la confondre; mais l'intégrité de la muqueuse, l'absence de vésicules véritables, suffiront pour faire distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Enfin, le voile du palais et la luette peuvent être le siége de varices et d'hémorrhagies produites, en général, par une cause hémorrhoïdale. Dans certains cas, et notamment chez un jeune homme dont on cite l'exemple, elle en aurait imposé pour une hémoptysie (J.-P. Franck). Elles se montrent quelquefois accompagnées d'ecchymoses, sous la forme de vésicules ou de petites tumeurs blanchâtres, qui versaient périodiquement du sang. On a observé aussi des névroses du voile du palais, qui joue un grand rôle dans l'acte de la déglutition, et ces affections ne sont-elles peut-être pas tout à fait étrangères aux phénomènes qui accompagnent le globe hystérique, et même l'hydrophobie et le

tétanos. Dans les cas d'hémorrhagie, on rapporte l'observation d'un homme qui, à la suite de la suppression des hémorrhoïdes, eut une pustule au palais, derrière les dents incisives, qui finit par donner du sang en telle abondance qu'il fallut quelquefois la tamponner (Bundel). De pareilles observations ne sont pas très-rares. La luette et le voile peuvent subir des déviations, des déformations, qui dépendent tantôt d'inflammations ou de tumeurs locales, d'abcès développés d'un côté seulement; alors la luette est déviée du côté malade; tantôt ce sont les parties voisines qui sont affectées, comme dans les phlegmasies de la trompe d'Eustache, et des amygdales; mais ce signe n'indique qu'une localisation de la maladie plutôt d'un côté que de l'autre, et n'infirme rien sur sa nature particulière.

3. Quant aux ulcérations, elles sont de diverse nature, suivant les causes qui les produisent et les affections diverses qui les précèdent. Celles qui succèdent à l'inflammation simple se présentent en plus ou moins grand nombre; elles sont superficielles, à surface rouge dont les bords ne diffèrent en rien des parties voisines. D'ailleurs, elles coïncident toujours plus ou moins avec l'inflammation. Les ulcères qui succèdent aux aphthes proprement dits ou à la stomatite ulcéreuse, présentent une surface grise à bords rouges, douloureux, coupés assez net, mais réguliers, peu profonds, peu persistants. Si leur durée est longue, c'est qu'il s'en forme de nouveaux après la disparition spontanée des premiers. Lorsque ces ulcères passent à l'état gangréneux, leurs bords se flétrissent, se déchirent, deviennent mollasses, d'un aspect brûlé; leur surface se transforme en une eschare noire, livide, qui se détache et laisse une surface rouge et granulée; ou bien, à la place d'une eschare, on trouve une sorte de putrilage de couleur brune, d'une odeur gangréneuse et fétide. Les parties qui les entourent deviennent molles, livides, et laissent couler des mucosités filantes. A ces phénomènes s'ajoutent les symptômes généraux, nausées, vomissements, diarrhée : enfin, si la maladie marche à guérison, un cercle rougeâtre circonscrit l'eschare; une suppuration de bonne nature s'établit, la bouche devient douloureuse, et une couleur rosée succède à la lividité des parties.

On pourrait confondre cet état avec celui qui succède aux affections pseudomembraneuses; dans celles-ci, à la chute des plaques, on voit en effet le tissu muqueux injecté, comme boursouflé, infiltré de sang et parcouru de petites ecchymoses noires. C'est surtout au voile du palais qu'on le remarque; car, à la luette, les taches sont grises, sèches, et lorsqu'elles tombent, la rétraction des parties qui en étaient le siége, le boursouflement de celles qui les entourent, simulent une perte de substance causée par une eschare; mais, avec un peu d'attention, il sera facile de voir qu'il n'existe aucune perte de substance, et que la muqueuse est parfaitement intacte. Ce signe fera toujours distinguer l'affection pseudomembraneuse de l'ulcération simple ou grangréneuse. L'ulcère qui succède à la vésicule aphtheuse est recouvert par l'exsudation d'une matière épaisse grisâtre, qui se concrète en forme de croûte et tombe entraînée par la salive. L'aphthe confluent est souvent symptomatique d'une affection générale grave, ou d'irritation gastro-intestinale; souvent aussi les ulcères qui résultent de la rupture des vésicules se réunissent et forment des plaques plus ou moins étendues. Parfois, ces plaques laissent suinter une exsudation sanguine qui colore les croûtes en brun ou en noir, ce qui correspond à une forme plus grave de la maladie.

On ne confondra pas l'ulcération aphtheuse avec l'ulcère vénérien; celui-ci est plus profond, à bords durs, taillés à pic, irréguliers; il augmente rapidement en profondeur et persiste avec opiniâtreté; l'ulcère qui succède à la stomatite mercurielle est blanchâtre, et coïncide avec cet état particulier de la bouche qu'occasionne l'administration des préparations hydrargyriques; l'ulcère scorbutique est saignant, fongueux, malcirconscrit, livide, irrégulier; il occupe presque toujours les gencives, et coïncide toujours avec cet état général qui caractérise le scorbut.

Quant à l'ulcère vénérien, il peut se présenter ici sous toutes les formes : c'est surtout au voile du palais, à la luette et à la partie antérieure des piliers, qu'on le rencontre. Il peut exister sur tous les points de ces diverses parties, mais c'est le bord libre du voile et la luette qu'il affectionne pour siége. Si la maladie fait des progrès, une

partie de ce bord étant détruite, il paraît fendu, déchiré; quelquefois la luette est entièrement emportée, ou bien la voûte palatine est attaquée à son centre, et finit par être perforée; alors il ne reste plus à la partie postérieure qu'une sorte de pont, qui va d'un côté de l'isthme à l'autre. Je ne m'arrêterai pas ici à tous les désordres qui résultent, soit de la perte de substance, soit de la cicatrisation vicieuse: ce serait donner trop d'extension à mon sujet. Le chancre, ai-je dit, se présente sous toutes les formes, et suit la même marche que sur les autres parties du corps. Ainsi on trouve tantôt une simple érosion, qui devient bientôt chancre confirmé; tantôt l'ulcère s'établit d'emblée, avec ses caractères distinctifs; quelquefois il est précédé d'éruptions exanthémateuses ou d'angine simple, fortuitement survenue d'abord, mais dont la résolution s'est fait attendre; ou bien c'est sur une induration, un tubercule profond, qu'il vient apparaître. C'est le chancre simple surtout qui se manifeste ainsi. Le chancre induré affecte presque uniquement les amygdales, et, comme le primitif, sans gonflement préalable, il les creuse comme un emporte-pièce, et présente un fond jaunâtre avec un pourtour rouge foncé. Il s'étend dans tous les sens, ronge la totalité de l'amygdale, et envahit les parties environnantes. L'ulcère phagédénique, avec ou sans gangrène superficielle, entraîne avec lui des douleurs très-vives, et l'inflammation fait des progrès rapides et considérables, de sorte que quelquefois tout le pharynx et la partie postérieure des fosses nasales sont envahis. Mais de toutes les variétés, la plus fréquente est l'ulcère simple qui s'établit d'emblée. Ici l'apparition de l'ulcère peut être primitive, par l'application directe du virus sur la partie, mais le plus souvent il est un signe caractéristique de l'affection secondaire.

Cependant, ce n'est pas toujours la muqueuse qui est le point de départ de l'ulcère; quelquefois, c'est une affection des parties profondes, une nécrose, une carie, qui envahit d'emblée les os de la voûte dans une plus ou moins grande étendue. Alors, après des douleurs intenses, profondes, s'exaspérant pendant la nuit, il se forme sous la muqueuse un gonflement qui offre, au début, de la fluctuation; puis

de la rougeur se manifeste; la collection purulente s'ouvre et laisse un trajet fistuleux. La muqueuse est détachée dans une plus ou moins grande étendue, mais saine, et cependant la fistule persiste. Alors, si on examine avec un stylet les parties sous-jacentes, on trouve les caractères propres des affections des os, siége primitif des désordres locaux que l'on remarquait; et les antécédents, la marche, la nature de la maladie, suffisent le plus souvent pour en faire connaître le véritable caractère. Enfin la voûte palatine est quelquefois le siége d'excroissances syphilitiques, qui sont en tout semblables à celles des autres parties. Les affections profondes, consécutives à l'infection syphilitique générale, sont toujours un signe d'un degré avancé de la maladie.

4. Les tumeurs que l'on rencontre à la voûte palatine peuvent être de diverse nature : elles peuvent être simplement inflammatoires; ainsi, dans l'angine, quand elle se termine par abcès, le point de la voûte palatine, ou du voile qui en est le siége, paraît alors déprimé et convexe, tandis que les autres parties sont relevées et concaves. L'extrémité du doigt porté sur la saillie distingue une résistance morbide, et, à une époque plus avancée, on peut y percevoir de la fluctuation. Si c'est une hypertrophie, ou un engorgement chronique, l'état indolent, la dureté, la marche de la maladie, la préexistence d'une phlegmasie dans la partie affectée, rendront facilement compte de la tumeur. Dans le cas d'affection primitive des os, la douleur ostéocope fixe l'apparition d'une tumeur fluctuante, sans travail phlegmasique préalable. La coïncidence de quelques-uns des signes d'infection générale, ou d'accidents antérieurs, ne laissera aucun doute. Viennent ensuite les tumeurs formées par les os. L'exostose s'offre sous forme d'une tumeur dure, incompressible, non douloureuse à la pression, cimentée et confondue avec l'os voisin, immobile, sans altération des tissus sous-jacents. Certes, à de tels caractères, on ne la confondra pas avec les tumeurs des parties molles que nous avons énumérées. Mais s'il est facile d'établir cette distinction, il n'en est pas de même pour les tumeurs qui ont leur siége dans le tissu de l'os lui-même, et de distinguer

entre elles les diverses dégénérescences d'un même tissu. En effet, dans les kystes osseux, au début de la maladie, on trouve une tumeur dure, formée par l'os faiblement dilaté, qui conserve encore son épaisseur et son inflexibilité. Ce n'est que plus tard que se développe la crépitation qui est le signe pathognomonique. On voit donc qu'au début le diagnostic est difficile, quoique, ultérieurement, ces deux affections offrent des différences bien marquées.

L'ostéosarcôme s'annonce par des douleurs vives, aiguës, profondes, se manifestant avant aucune tuméfaction sensible. Bientôt ces douleurs redoublent, prennent le caractère lancinant, puis la tuméfaction survient; elle est inégale, bosselée; cette tumeur s'accroît, et avec elle les douleurs augmentent, et prennent de plus en plus le caractère lancinant. Les parties molles s'engorgent, s'affectent, deviennent elles-mêmes le siége de douleurs de même nature, et participent à la dégénérescence. Enfin la muqueuse s'ulcère, et l'ulcération prend le caractère carcinomateux. Dans l'hydropisie du sinus maxillaire, la voûte palatine est déprimée, et forme une tumeur plus ou moins volumineuse. M. A. Dubois a présenté à la Société de la Faculté de médecine un cas de ce genre, où la tumeur avait le volume d'un œuf d'autruche coupé en deux. Dans les cas d'abcès du sinus maxillaire, quand le pus est accumulé du côté du palais, on a vu les os de la voûte faire saillie. Enfin, dans les polypes des fosses nasales ou des sinus, quand leur volume est tel qu'ils ne peuvent plus contenir dans ces cavités, les os du palais sont déprimés, écartés, disjoints ou perforés, et le polype vient faire saillie dans la bouche; en même temps il s'étend plus ou moins vers la face et le cerveau, où il produit des désordres analogues. Quand le polype occupe le pharynx, le voile du palais est poussé en avant, mais intact, et s'étend plus ou moins du côté de la bouche. Van Swieten cite un cas de ce genre fort remarquable, observé par Boerhaave, dans lequel « les mâchoires ayant été séparées, non sans peine, on aperçut la langue qui présentait l'aspect d'une masse charnue, informe et livide. En l'abaissant, on rencontra un autre corps, qu'au premier aspect on eut peine à distinguer; mais un examen at-

tentif fit reconnaître que c'était le voile du palais, porté tellement en avant, qu'il touchait presque aux dents de devant. »

On trouve aussi des tumeurs dures, blanches, compactes, indolentes, ordinairement avec un pédicule, qui peuvent acquérir un volume considérable, sans jamais subir la dégénérescence cancéreuse. Elles peuvent être enlevées facilement sans crainte de récidive. Dans d'autres cas, la tumeur est moins dure, à surface inégale, faisant des progrès rapides, et saignant avec facilité. Celle-ci est presque toujours suivie de cancer, surtout si on l'irrite; elle devient livide, douloureuse, entourée de varices, sans délimitation bien marquée, puis elle s'ulcère. Quelquefois la luette est le siége de tumeurs squirrheuses ou cancéreuses, qui envahissent ensuite toute la voûte palatine; ou bien ce sont des excroissances polypeuses, fongueuses, osseuses, des tumeurs enkystées, des calculs; enfin, dans les phlegmons larges du cou, l'abcès a une certaine tendance à se porter vers la bouche, par suite de la résistance que lui oppose l'aponévrose en avant, et l'on voit le pus se faire jour dans les amygdales, le voile du palais, et même dans l'intérieur des piliers.

Maintenant, si nous prenons un à un les caractères principaux fournis par l'état du voile du palais, de la luette et de ses piliers, nous verrons qu'avec eux seulement il n'est pas toujours possible d'indiquer d'une manière précise quelle est l'affection qui lui a donné naissance. Il faut alors avoir recours à d'autres moyens de diagnostic tirés de l'état des parties voisines, de la marche de la maladie, de sa durée, de l'état général, et des affections antécédentes et concomitantes.

II.

Déterminer si les différentes espèces de cancer du sein présentent des variétés sous le rapport des symptômes. Est-il toujours possible de diagnostiquer un cancer de la mamelle?

Les formes les plus communes sous lesquelles se manifeste le cancer du sein, sont le squirrhe et l'encéphaloïde. Il est assez difficile de remonter à l'époque précise de l'apparition du cancer; les malades ne s'en aperçoivent que plus ou moins longtemps après son début, et il est rare qu'ils ne l'attribuent pas à une violence extérieure quelconque, ou à toute autre cause antécédente. Aussi, admettons-nous les deux périodes que distinguent quelques auteurs dans la marche de l'affection, l'une de crudité ou de bénignité, l'autre de ramollissement ou de malignité. Nous allons passer en revue les symptômes principaux que fournit chacune des formes du cancer.

Dans le squirrhe, on trouve d'abord une tumeur dure, arrondie, mobile, sans changement de couleur à la peau, indolente, ou seulement le siége d'une tension passagère, d'endolorissement revenant surtout à l'époque des règles, mais de courte durée. Quelquefois une pression accidentelle y développe un peu de douleur; la peau est mobile et la tumeur bien circonscrite; c'est ainsi qu'il se présente le plus communément, et ce n'est que plus tard, après être resté stationnaire pendant un temps plus ou moins long, qu'il prend de l'accroissement, contracte des adhérences avec les parties voisines, et devient par cela de moins en moins mobile. Les tissus adhérents sont bientôt envahis par la dégénérescence qui s'étend ainsi de proche en proche. Mais ce n'est point par couche concentrique que se fait ce travail d'envahissement; il s'étend plus ou moins dans les intestins cellulo-fibreux de la glande, ce qui fait qu'on trouve la tumeur bosselée, irrégulière, moins nettement circonscrite; les ganglions de l'aisselle s'engorgent,

s'enflamment, et finissent par participer à la dégénérescence. En même temps, il se développe des douleurs particulières, lancinantes, brusques, vives, que les malades comparent à une brûlure ou à une piqûre d'aiguille instantanée. Ces douleurs deviennent de jour en jour plus fréquentes et plus fortes. Les veines superficielles se dilatent, deviennent noueuses, d'une couleur foncée, et s'écartent en rayonnant du centre de la tumeur. Bientôt le tissu cellulaire sous-cutané participe à l'induration et à la dégénérescence, et la peau finit par faire corps avec le squirrhe. Avant l'ulcération, la tumeur se ramollit par place, devient raboteuse; la peau rougit, elle brunit sur le point le plus proéminent, et la rougeur s'étend ainsi à une partie voisine, sans offrir jamais de tendance à la suppuration ou à la résolution. Quelquefois, dans les points ramollis, on trouve de la fluctuation qui coïncide avec la rougeur de la peau, mais elle n'est pas le résultat de collections purulentes, et la fluctuation est ordinairement obscure. Enfin il se forme une ou plusieurs gerçures sur la tumeur, et déjà on peut considérer le cancer comme ulcéré. La surface de ces ulcères est rouge, irrégulière, grisâtre ou brune, laissant suinter une sorte de sérosité; puis l'ulcère s'agrandit et présente un fond dur, raboteux, inégal, friable, quelquefois couvert de végétations fongueuses, et reposant sur du tissu squirrheux non encore ramolli; il laisse échapper une sanie ichoreuse et fétide; ses bords sont arrondis, épais, renversés en dedans ou en dehors; quelquefois il se manifeste des hémorrhagies, mais elles sont peu considérables, à moins que le cancer n'ait attaqué une artère.

D'autres ulcérations se forment sur divers points, se réunissent, se confondent avec la première qui s'agrandit toujours de plus en plus. De cette manière, le tissu non encore ramolli prend le caractère de la couche friable qui le recouvre, et toutes les parties passent ainsi par cet état qui semble perpétuer le cancer.

En même temps la santé générale s'altère : déjà avant l'ulcération le malade avait perdu l'appétit et le sommeil; maintenant il maigrit, s'inquiète, les douleurs deviennent plus vives et brûlantes dans la plaie;

le teint prend cette couleur cancéreuse caractéristique, les digestions se troublent, et la diarrhée, la fièvre hectique, en un mot, amènent l'émaciation progressive et la mort du malade. La marche de la maladie du côté de la peau n'entrave point l'envahissement des parties profondes et la dégénérescence des ganglions; le grand pectoral, les parois de la poitrine et la plèvre même dégénèrent, sont confondus avec la mamelle; quelquefois il se développe une pleurésie qui vient terminer la scène. Les ganglions s'ulcèrent quelquefois; on rencontre aussi des dégénérescences de même nature sur d'autres points, dans les os et les organes parenchymateux; mais c'est plutôt le cancer encéphaloïde qui se développe alors.

Mais le squirrhe offre des variétés. Ainsi, dès le début, il peut se prolonger plus ou moins dans le tissu interlobulaire, et gagner la circonférence de la mamelle sous forme de lignes, de traînées dures et irrégulières, ou atteindre d'emblée la totalité de la glande et le tissu cellulaire sous-cutané. Alors, après une sorte d'empâtement préliminaire, on trouve une tumeur un peu aplatie, roulant sur le grand pectoral, mais avec un déplacement du sein en masse, et l'on ne peut faire plisser la peau quand le tissu cellulaire est lui-même envahi. C'est dans ces cas surtout que l'on trouve le mamelon enfoncé, retiré en dedans; quelquefois il laisse suinter un liquide séreux ou séro-sanguinolent, et même il est le siége de véritables hémorrhagies; mais ce signe n'est pas nécessairement suivi de cancer, et on le trouve avant la rétraction. Cette variété se rencontre surtout chez les femmes grasses, à l'époque de la cessation des règles, et quelquefois il se trouve précédé d'un érysipèle ou d'une inflammation chronique de la peau, du mamelon ou de l'aréole. Chez les femmes d'un âge avancé, la mamelle, quoique envahie dès le début, en totalité ou dans une grande étendue, semble parfois se contracter, se durcir dans une partie de sa circonférence, pendant que le reste se flétrit; le mamelon est rétracté, et les parties fortement adhérentes, de sorte qu'on trouve une masse aplatie, compacte, qui occupe toute la région du sein, et s'étend

obliquement du mamelon vers l'aisselle; la peau s'altère et prend une teinte livide. Enfin, dans le squirrhe des conduits lactés, dont M. Velpeau donne une description si exacte, la tumeur occupait tout le sein droit, peu douloureuse, un peu aplatie, et avait le volume d'un œuf d'autruche. Jusqu'ici le mal s'avance des parties profondes vers la peau, mais celle-ci peut aussi être le siége primitif de la dégénérescence, qui suit alors une marche inverse. C'est l'auréole qui, chez quelques femmes, est le point de départ; chez d'autres, il débute par une plaque coriace, rugueuse, dure, épaisse, comme jaunâtre, située sur les téguments; ou ce sont de petites masses arrondies ou lenticulaires, de grosseur variable. Ces plaques peuvent être uniques ou disséminées, et forment la dégénérescence connue sous le nom de *transformation ligneuse*.

Sous le rapport de la marche de la tumeur ou de l'ulcère, de l'affection consécutive des parties voisines, du caractère des douleurs, le squirrhe offre aussi une infinité de nuances diverses. La marche de la maladie peut être lente ou rapide; et il est impossible de lui assigner un terme. En général, elle est plus lente dans le squirrhe que dans l'encéphaloïde, mais il est des conditions qui semblent influer sur la promptitude plus ou moins grande qu'il met à parcourir ses périodes. A l'époque critique chez les femmes, un cancer qui jusque-là semblait être resté stationnaire devient douloureux, s'ulcère et l'ulcération fait des progrès rapides. Chez les femmes avancées en âge, la marche est le plus souvent lente et stationnaire. Hors ces cas, il est une foule de circonstances qui ont une influence inconnue, et qu'il est impossible d'apprécier. Relativement à l'ulcère, il peut rester stationnaire, ou augmenter en étendue et en profondeur. Il en est qui se creusent perpendiculairement une espèce de caverne ou de fissure profonde, dont on à peine a apercevoir le fond, dont les bords sont durs, renversés en dedans, arrondis ou taillés à pic; offrant une surface d'un gris rougeâtre, laissant échapper une quantité peu considérable de sérosité, ou bien elle semble se recouvrir de bourgeons charnus et marcher à la cicatrisation; mais si celle-ci s'opère, il est facile de voir

qu'elle n'est pas saine, et repose sur une surface irrégulière, dure; elle est rouge foncé et très-vasculaire. Quelquefois les parties sont déprimées, la peau se ride, se fronce autour de la cicatrice.

Les douleurs lancinantes apparaissent ordinairement lors de l'accroissement de la maladie et vont en progressant, mais il n'en est pas toujours ainsi : le cancer est quelquefois le siége de douleurs plus fortes au début qu'après l'ulcération; d'autres fois, elles n'apparaissent que très-tard. La même irrégularité règne relativement à l'intumescence des ganglions; à l'époque de leur apparition, on a vu des tumeurs cancéreuses énormes sans adhérences avec le grand pectoral et sans engorgement des ganglions. Les ganglions de l'aisselle ne sont pas les seuls qui soient susceptibles d'être envahis, ceux de la partie inférieure du cou, ceux qui accompagnent la mammaire interne peuvent être atteints dans la dernière période. Quelquefois ils sont le siége d'une simple inflammation. Mais tout ceci rentre dans les exceptions.

Le squirrhe atteint rarement un volume considérable. Le ramollissement se présente sous forme d'une gelée transparente, et l'hémorrhagie est rare: il affecte surtout les personnes d'un âge avancé. Il adhère de bonne heure avec la peau, et son siége primitif est beaucoup plus limité que celui de l'encéphaloïde, sa marche est plus lente, et il amène ces tubérosités dures qui, dans l'extension, sont précédées de phénomènes inflammatoires. Ce n'est que consécutivement que la dégénérescence arrive; quelquefois, à l'époque de la menstruation, la tumeur qu'elle présente est le siége d'un engorgement fluxionnaire des parties voisines, suivi d'un travail de résolution; mais jamais ce travail ne s'étend à la dégénérescence qui forme la maladie principale. Enfin c'est lui qui présente des ulcères à marche obscure, et qui minent lentement la constitution.

Le cancer encéphaloïde offre une marche plus régulière et mieux caractérisée. Il se présente sous forme de tumeur arrondie ou composée de plusieurs lobes presque sphériques, mais sans inégalités, lisses, et moins résistants que les tubérosités du squirrhe. Ils offrent.

en général, une souplesse et une élasticité caractéristique, assez semblable à la rénitence d'un anévrysme, ou la fluctuation d'une tumeur humorale ; les portions les plus superficielles sont moins dures que les parties profondes : les lobes s'accroissent avec rapidité et parviennent à des dimensions énormes. Des hémorrhagies peuvent se produire dans le centre de la tumeur, ce qui augmente encore la rapidité de l'accroissement ; quelquefois le sang s'introduit dans les canaux excréteurs, et s'écoule au dehors par le mamelon. Ce sont ces cas que Ch. Bell signale comme les plus graves, et ceux où la maladie offre le plus de rapidité dans sa marche. La peau est sans adhérences, elle est soulevée par la tumeur, et c'est après être restée longtemps saine qu'elle devient rouge, s'amincit, et s'ulcère sans avoir subi la dégénérescence. En même temps la tumeur se ramollit et devient plus saillante ; la fluctuation se manifeste, surtout quand il se forme des épanchements sanguins placés sous la peau, ou au milieu de masses cancéreuses entièrement amollies ; c'est alors qu'elle est franche et évidente ; si on l'ouvre prématurément, il s'en écoule une grande quantité de sang. Pendant qu'elles augmentent de volume, les masses cérébriformes semblent refouler plutôt les parties voisines qu'elles ne les convertissent en leur propre substance. Enfin, après l'ulcération, les hémorrhagies sont fréquentes ; la maladie marche avec rapidité, des parties plus ou moins considérables de la tumeur s'échappent au dehors, frappées d'une sorte de décomposition, et laissent de vastes cavernes. Il s'écoule, des tissus dénudés, une matière sanieuse et fétide, mêlée de sang ; les hémorrhagies se renouvellent, l'ulcère se boursoufle et se recouvre d'énormes champignons qui tombent et se reproduisent avec rapidité ; la gangrène envahit quelquefois des masses ramollies qui tombent en détritus, et se mêlent à la sanie qu'exhale l'ulcère. Pendant ce temps se sont manifestées les douleurs lancinantes qui peuvent présenter le caractère et l'irrégularité des autres formes ; les ganglions s'enflamment en suivant le mode de développement du cancer ; enfin la cachexie arrive, et c'est surtout dans cette forme qu'elle se développe au plus haut point. Du reste,

les variétés que présentent les douleurs et le gonflement des ganglions sont les mêmes que dans le squirrhe.

Maintenant, si nous comparons entre elles ces deux formes sous lesquelles se manifeste le cancer du sein, nous verrons qu'elles présentent dans le cours de l'affection des différences bien tranchées qui permettent d'établir les éléments du diagnostic de chacune en particulier. En effet, sous le rapport de la marche de la maladie, le squirrhe est, en général, plus stationnaire, il est indolent pendant un temps beaucoup plus long; la période d'accroissement est moins rapide, et l'ulcération a une marche obscure et mine lentement le malade; dans l'encéphaloïde, au contraire, la période d'indolence est souvent inaperçue, la période d'ulcération est rapide, et la gravité des accidents qui se manifestent alors amène promptement la mort.

Pour les phénomènes locaux, ils se confondent dans la première période; mais quand la tumeur prend de l'accroissement, le squirrhe contracte des adhérences avec les parties voisines; l'encéphaloïde conserve sa mobilité souvent jusqu'à la fin; le premier n'atteint jamais un volume considérable, il semble même quelquefois produire le raccourcissement, la rétraction de la mamelle, tandis que le second atteint des dimensions énormes. Quand la tumeur se ramollit, l'encéphaloïde offre une élasticité, une mollesse, quelquefois même une véritable fluctuation qu'on ne retrouve jamais dans le squirrhe. A mesure qu'on se rapproche de l'ulcération, la peau devient adhérente et participe à la dégénérescence dans le squirrhe, tandis qu'elle reste longtemps libre et s'ulcère sans dégénérescence dans l'encéphaloïde; enfin, dans l'ulcération, la différence d'aspect, la nature des produits rejetés, l'aspect des bords de l'ulcère, et la fréquence de l'hémorrhagie, caractérisent assez nettement la nature de chacune des formes du cancer.

Est-il toujours possible de diagnostiquer un cancer de la mamelle? l'obscurité qui règne le plus souvent sur l'époque du début de la maladie, et le caractère d'indolence et d'innocuité qu'elle présente à la première période, le degré de similitude du cancer dans le cours de son développement avec la nature même des phénomènes locaux de

certaines tumeurs chroniques, offrent dans quelques cas, une ressemblance assez grande pour qu'il soit impossible de poser, d'une manière absolue, les éléments certains d'un diagnostic. Cependant il est des considérations qui impliquent une présomption plus ou moins grande sur la nature et le caractère de l'affection ; c'est ce que nous allons passer en revue. L'hérédité du cancer, quoique contestée par beaucoup d'auteurs d'un grand mérite, semble cependant, dans un cas de tumeur douteuse, devoir être prise en considération pour établir une présomption en faveur de l'affection qui nous occupe : la probabilité est plus grande s'il existe dans une autre partie du corps un cancer bien caractérisé, ou s'il en a existé antécédemment : car il est bien prouvé que l'affection cancéreuse, étant une maladie diathésique, peut se montrer en même temps sur des parties diverses, et jouit de la funeste prérogative, après l'extirpation complète du mal, de se reproduire. L'engorgement concomitant des ganglions de l'aisselle, lorsqu'il survient sans causes appréciables, a ici une grande valeur, car s'il n'existe pas toujours dans le cancer, il est rare qu'il se présente avec d'autres affections, sans qu'on puisse reconnaître la cause qui lui a donné naissance, et dans les tumeurs diverses du sein, il apparaît ordinairement à une époque de ces maladies où il n'est plus possible de le confondre avec le cancer. Il en est de même si la santé s'altère; comment, en effet, attribuer à d'autres tumeurs ces troubles constitutionnels graves que l'on rencontre dans la cachexie cancéreuse, quand il est prouvé que, chez certaines femmes, ils sont liés de fort bonne heure à la marche d'un cancer du sein ? Le caractère de la douleur lancinante, quoique n'étant pas constant, la marche progressive de cette douleur, qui augmente à mesure que marche la maladie, le peu de fréquence du caractère lancinant dans les affections diverses, leur donnent ici une valeur qui favorise beaucoup le diagnostic. Il est d'autres présomptions qui se tirent de la durée de la maladie, de l'époque de la vie à laquelle elle se rattache; c'est ainsi que le cancer, quoique pouvant rester stationnaire pendant longtemps, a cependant, dans le plus grand nombre des cas, une marche plus rapide que les autres

tumeurs avec lesquelles on peut le confondre, et ce n'est guère qu'à un âge avancé qu'il offre cet état stationnaire indéfini. Enfin, on sait que l'époque de la disparition des règles coïncide souvent avec le début et l'accroissement du cancer. Toutes ces circonstances acquièrent une grande valeur quand on examine la fréquence de cette affection, relativement à celle des autres tumeurs chroniques, avec lesquelles on pourrait la confondre. Mais elles ne suffisent point pour établir un diagnostic certain; tout au plus peuvent-elles fonder des présomptions. Souvent aussi ces signes manquent, et l'on ne peut que rester dans le doute absolu quand des commémoratifs ne font soupçonner aucune des affections avec lesquelles le cancer offre tant de ressemblance. C'est surtout ce qui arrive à la première période. Mais lorsque le cancer est parvenu à sa période d'ulcération, il n'est guère possible, d'après l'état même des parties, de le méconnaître, et c'est à cette époque seule qu'on peut dire d'une manière absolue, d'après l'ensemble de tous les phénomènes qui précèdent, que le cancer n'est plus méconnaissable. Si chacune de ces probabilités, prise isolément, n'implique rien sur la nature même de l'affection, il faut avouer que la réunion de plusieurs d'entre elles offre presque un caractère de certitude, et l'on n'attendra pas pour se prononcer que la derniere période arrive.

Mais il est une chose qui complique aussi la difficulté du diagnostic : c'est la réunion du cancer avec une ou plusieurs tumeurs de nature différente. Ainsi on peut rencontrer ensemble le squirrhe et l'encéphaloïde, ou des tubercules, des kystes, des masses fibrineuses : on trouve alors sur les divers points de la tumeur des saillies, des enfoncements; un état de dureté à côté d'un état de mollesse, de fluctuation; la tumeur est ordinairement mobile; et, pour peu que le cancer s'éloigne de son type ordinaire, il est facile de le confondre, surtout aux premières périodes.

Il existe deux productions accidentelles que quelques auteurs ont rangées parmi les cancers, et qui se rencontrent rarement au sein : je veux parler des tumeurs colloïdes et mélaniques. La première consiste dans une trame aréolaire, remplie d'une sorte de gelée trem-

blotante. Quelques auteurs ont pensé que ce n'était là qu'un degré de ramollissement du squirrhe; et, en effet, on le rencontre rarement seul au sein; il fait le plus souvent partie des tumeurs composées; mais on le rencontre bien évidemment dans d'autres parties avec des caractères qui prouvent qu'il n'a point passé par l'état de crudité. L'ulcération y est rare; il y a une destruction des tissus couche par couche, sans changement de vitalité des parties sous-jacentes. Ordinairement il se présente en masses considérables, entourées d'un kyste mince et celluleux dans quelques points, résistant dans d'autres : on trouve alors une fluctuation évidente par plaques. On pourrait le confondre avec l'encéphaloïde; mais l'absence de période de crudité, le ramollissement dès le début et l'absence d'ulcération, le distingueront facilement. Quant à la mélanose, il paraîtrait qu'on l'a confondue avec l'aspect particulier que présente l'encéphaloïde imbibé de la matière colorante du sang contenu dans les nombreux vaisseaux qui le parcourent, ou un ancien foyer sanguin au milieu d'une masse ramollie.

III.

Des nerfs des muscles qui meuvent l'humérus sur l'omoplate.

Les nerfs des muscles de l'épaule, destinés à faire mouvoir l'humérus sur l'omoplate, sont presque inclusivement fournis par les branches collatérales du plexus brachial : ce sont les sus et sous-scapulaires, les branches thoraciques et le nerf axillaire, le nerf du grand dorsal et du grand rond, et le sous-scapulaire inférieur.

La branche sus-scapulaire naît en arrière de la cinquième paire, au moment de sa conjugaison avec la sixième; elle se porte en dehors et en bas, s'enfonce sous le trapèze et l'omoplate hyoïdien, et passe

dans l'échancrure coracoïdienne du scapulaire : alors elle traverse d'avant en arrière la fosse sus-épineuse, gagne le bord concave de l'épine, et pénètre dans la fosse sous épineuse où elle se terimne Dans son trajet, le nerf est accompagné par l'artère et la veine scapulaires qui l'abandonnent au niveau du trou coracoïdien, passent au-dessus du ligament qui le forme, pour venir rejoindre le nerf dans la fosse sus-épineuse. Là le nerf fournit deux branches qui se détachent, l'une au niveau de l'échancrure coracoïdienne, l'autre sur l'épine, et toutes deux pénètrent dans le muscle sus-épineux. Enfin, dans la fosse sous-épineuse, il se divise en deux branches terminales qui s'irradient dans le sous-épineux, l'une à sa patrie inférieure, l'autre à sa partie supérieure.

La branche sous-scapulaire supérieure naît immédiatement au-dessus de la clavicule, et gagne le bord supérieur du sous-scapulaire, en se portant un peu en bas et en avant : c'est là où elle se termine.

Les branches thoraciques, destinées aux muscles grand et petit pectoral, sont au nombre de deux : elles naissent au niveau du sous-clavier de la partie antérieure du plexus. L'antérieure se porte ensuite en bas et en avant, passe entre le muscle sous-clavier et la veine sous-clavière, et se divise en deux rameaux : l'un externe, qui va s'anastomoser avec la thoracique postérieure, et embrasse ainsi l'artère axillaire ; l'autre interne, qui s'accole à la face profonde du grand pectoral, dans lequel il s'épanouit. Quelquefois la branche externe vient directement du plexus. Quant à la branche postérieure, elle se recourbe au-dessous de l'artère axillaire, pour venir former avec le rameau externe de la branche antérieure une anse anastomotique, d'où partent des rameaux dont les uns pénètrent entre les pectoraux, pour se jeter dans le grand pectoral ; les autres se portent sous le petit pectoral, qu'ils pénètrent par sa face profonde.

Le nerf axillaire ou circonflexe, la plus considérable des branches collatérales, naît au-dessous de la clavicule, de la partie postérieure du plexus. Aussitôt après son origine, il se porte au-devant du muscle

sous-scapulaire, dont il contourne obliquement le bord inférieur, puis la partie postérieure de l'articulation, le col chirurgical, et se réfléchit de bas en haut pour se terminer dans le deltoïde. Dans ce trajet, il passe d'abord, ainsi que les vaisseaux circonflexes postérieurs, entre le sous scapulaire et le grand rond, puis au-dessous du petit rond, en dehors de la longue portion du triceps, et s'accole à la face profonde du deltoïde.

Le nerf circonflexe fournit plusieurs rameaux collatéraux : ainsi, au moment où il contourne le bord inférieur du muscle sous-scapulaire, il fournit le nerf du petit rond et le rameau cutané de l'épaule. Le premier, qui naît souvent d'un tronc commun avec une branche deltoïdienne, qui va fournir à la partie postérieure de ce muscle, ou avec le rameau cutané de l'épaule réunis, pénètre le muscle petit rond par sa partie postérieure. Le rameau cutané de l'épaule passe sous le bord postérieur du muscle deltoïde, et s'accole à la peau du moignon, en se divisant en rameaux ascendants, verticaux et descendants, qui se distribuent à la peau. Quant aux rameaux de terminaison de l'axillaire, ils vont en divergeant pénétrer le muscle, et on peut les suivre jusque vers ses attaches.

Le nerf du grand dorsal se détache du plexus au côté interne de l'axillaire, se porte verticalement en bas entre le sous-scapulaire et le grand dentelé, parallèlement au nerf grand dentelé, et vient se placer au-devant du muscle grand dorsal, gagne son bord externe, et peut être suivi jusqu'à sa partie inférieure

Le nerf du grand rond se sépare du précédent, s'applique contre le muscle sous-scapulaire, contourne son bord externe, et vient se placer au-devant du grand rond, qu'il pénètre par un nombre considérable de filets.

Le nerf sous-scapulaire inférieur vient tantôt du plexus brachial, tantôt du nerf axillaire, ou d'un tronc commun avec le grand rond; quoi qu'il en soit, il se termine en s'enfonçant immédiatement dans le muscle sous-scapulaire.

Viennent maintenant les rameaux du biceps et du coraco-brachial,

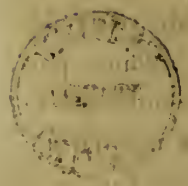
qui sont fournis par le musculo-cutané : on sait que ce nerf forme la branche la plus externe du plexus; il naît d'un tronc commun avec la branche externe d'origine du nerf médius, se porte en bas et en dehors au-devant de l'insertion humérale du sous-scapulaire, traverse le coraco-brachial, et se trouve placé ainsi entre le biceps et le brachial antérieur. C'est dans ce trajet qu'il fournit les rameaux du coraco-brachial, au nombre de deux, dont l'un pénètre le muscle par sa partie supérieure, et va se jeter dans la courte portion du biceps; l'autre fournit seulement quelques filets, et vient parfois s'accoler au musculo-cutané lui-même. Enfin le biceps reçoit un grand nombre de filets qui partent du tronc musculo-cutané, et qui quelquefois se réunissent et semblent former une branche de bifurcation de ce nerf.

IV.

Quelles sont les préparations pharmacologiques dont la magnésie et le carbonate de magnésie sont la base? Décrire ces préparations.

La magnésie, employée en médecine sous le nom de *magnésie calcinée, magnésie pure*, s'administre ordinairement à la dose de quelques grammes, dans un verre d'eau sucrée ou en pastilles. Ainsi, magnésie pure, 96 grammes; sucre, 407; mucilage de gomme adragante, q. s. f. s. a. des pastilles de 0,80 centigrammes, contenant chacune 0,15 centigrammes de magnésie. On peut aussi la donner en poudre ou dans une potion, au moyen d'un mucilage, ou en tablettes : alors, après avoir fait choix d'un mucilage bien préparé, on le mélange partie par partie avec la magnésie en poudre, à laquelle on ajoute une certaine quantité de sucre; et on porte le mélange jusqu'à ce qu'il ait la consistance d'une pâte homogène, non adhérente au vase qui la con-

tient ; puis on l'étend sur une table saupoudrée d'amidon, et on la divise avec un emporte-pièce.

Le sous-carbonate, connu sous le nom de *magnésie blanche, magnésie anglaise*, n'a pas de préparations pharmaceologiques particulières, et s'administre sous la même forme que la magnésie simple. Quant au bicarbonate et au carbonate neutre, ils forment la base des eaux magnésiennes, gazeuses ou saturées. La première se prépare ainsi : magnésie blanche, 6 grammes ; eau pure, 1 litre; acide carbonique, 6 litres. Chaque bouteille contient 4 grammes de magnésie pour 690 grammes d'eau. Il faut employer la magnésie humide, car elle se dissout moins bien quand elle a été desséchée. Pour cela on précipite du sulfate de magnésie à l'ébullition avec du carbonate de soude ; on recueille le précipité, on le lave, on le recueille de nouveau sur une toile; on en prend un poids déterminé, on le délaye dans l'eau, et on charge le tout d'acide carbonique : après vingt-quatre heures de contact, on met en bouteilles.

L'eau magnésienne saturée se prépare de la même manière : magnésie blanche, 12 grammes; eau pure, 1 litre; acide carbonique, 6 litres : il reste peu d'acide carbonique en excès, et chaque bouteille contient 10 grammes de carbonate de magnésie.